



Usted puede escribir la información directamente en este formulario, imprimirla, firmarla y enviarla por email o fax

A: Memory Systems – Departamento de Nuevo Cuentas
 10858 N.W. 27th St. Miami, FL 33172
 Phone: 305-594-9326 - Fax to: 305-594-9692
 E-Mail: Sales@MemorySystems.net Web: www.MemorySystems.net

El objetivo de MS es realizar nuestras ventas a distribuidores calificados, quienes se encargaran de vender nuestros productos al usuario final. Si usted es usuario final y no compra los productos a MS para revender, por favor no llene esta solicitud. Esta solicitud debe ser diligenciada en su totalidad para ser procesada.

Lista de Verificación: Antes de poder procesar su formulario lo siguiente tiene que ser diligenciado

- Aplicación de Cuenta totalmente diligenciada y firmada
- (Solo para Clientes de USA) copia firmada del State Tax Reseller Certificate
- (Solo para Clientes Internacionales) copia de la Registro Comercial de la Empresa

APLICACION DE CUENTA

Número de Cuenta
(Para uso de la Oficina)

DESCRIPCION DEL NEGOCIO (Por favor digite o escriba con letra clara y legible)

TIPO DE EMPRESA: Distribuidor Integrador Instalador Tienda al Detal Otro _____

Esta compañía es una (seleccione una opción): C-Corp, Estado de Incorporación _____ S-Corp, Estado de Incorporación _____
 Propietario único Asociación LLC Posesión: Publica Privada

Nombre Legal de la Compañía _____ DBA _____

Dirección de Envío (Si exporta, incluya la información de su transporte aquí)

Fecha de Inicio de la Empresa _____ # de ID de Impuestos Federales _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ País _____

de Empleados _____ # Ventas _____ # Soporte Técnico _____

Contacto para envíos _____ Teléfono _____ Fax _____

Volumen de Ventas Este Año _____ Volumen de Ventas Año Pasado _____

Nombre del Propietario / Oficial _____

Dirección de la Empresa – Facturar a _____

Título & E-Mail _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ País _____

Nombre del Propietario / Oficial _____

Tiempo en esta dirección _____ # de Dun & Bradstreet _____

Título & E-Mail _____

Numero(s) de Teléfono de la Empresa _____ Numero de Fax de la Empresa _____

Comprador(es) Autorizado _____

E-mail de la Empresa _____ Pagina Web de la Empresa _____

E-mail _____

Como se entero de nosotros (Cómo nos encontró) _____

Contacto de Cuentas por Pagar _____ E-mail _____

TIP DE PAGO: PREPAGO (Transferencia) PREPAGO (Cheque) TARJETA DE CREDITO (Amex, MasterCard, Visa, Discover)

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono # _____ Cuenta # _____

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono # _____ Cuenta # _____

ACUERDO DE NEGOCIO

Yo (nosotros) entiendo que la información suministrada es para el propósito de abrir una cuenta con Memory Systems, Corp., y garantizo que la información proporcionada es verdadera y correcta. Al proporcionar esta aplicación a Memory Systems, Corp., yo (nosotros) el abajo firmante doy fe de la responsabilidad financiera y la disposición de pagar todas las facturas, cuentas vencidas, y cheques sin fondos que se le deba a Memory Systems. Yo (nosotros) entiendo y reconozco que (1) todas las deudas se deben pagar, en Miami, en el Condado de Dade (2) habrá un costo de \$ 25.00 de recargo en todos los cheques devueltos (3) todas las cuentas vencidas se les cargará un 1,5% por mes de financiamiento en cualquier saldo pendiente, (4) en caso de incumplimiento, Yo (nosotros) me comprometo a pagar todos los costos de recolección, incluidos los honorarios del abogado y / o tasas judiciales efectuados y (5) Yo (nosotros) he leído y estoy de acuerdo con todos los Términos y Condiciones de Memory Systems (Políticas Comerciales y Políticas y Procedimientos de RMA).

Por: _____ Firma _____ Fecha _____
 (Nombre Legible)